

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

© Ребенко Ж.О., 2012
УДК 616.988.21-071

Ж.О. Ребенко

КЛІНІЧНІ МАСКИ СКАЗУ

Мінськ, Білорусь

Наведено сучасні відомості про етіологію, патогенез, клінічну симптоматику і діагностику сказу. Описано випадки захворювання людей і тварин, а також спосіб лікування таких хворих, який, щоправда, дозволив врятувати життя лише одиничним хворим.

Ключові слова: сказ, випадки хвороби, діагностика, лікування.

Один з персонажів «Іліади» називає Гектора, сина царя Пріама, «скаженим собакою». Можливо, це найбільш стародавня згадка про сказ. Гомер написав «Іліаду» в XI столітті до нашої ери. Ясно, що сказ як захворювання був відомий ще раніше.

Сказ є заразливою, отже, інфекційною хворобою. Всі інфекційні хвороби достатньо небезпечні, але сказ є фатальною інфекцією, оскільки це єдина інфекційна хвороба, що неминуче призводить до смерті хворого.

Оскільки всі випадки сказу летальні, виникає логічне запитання: сказ є форма хвороби чи форма смерті? Відповідь: сказ є захворюванням, не сумісним з життям. Обов'язковий летальний вислід є клінічною особливістю інфекційної хвороби, що іменується сказом.

У крові заражених і хворих на сказ виявляються антигени вірусу сказу, отже, сказ є вірусною інфекцією. Людину, заражену вірусом сказу, від смерті може врятувати тільки вакцинація, зроблена не пізніше 14 діб після моменту зараження. Сказ поширений на всіх материках і в більшості країн. Уберегтися від сказу складно.

У старовину сказ пов'язували з «черв'ячком», який знаходиться під язиком. Дійсно, у хворих на сказ неважко знайти під язиком запальну інфільтрацію у вигляді дрібних пухирців «*lissa*», звідки і походить одна з назв хвороби, і через що хворим на сказ робилися надрізи і припікання під язиком, що тільки збільшувало їх страждання.

Збудником сказу є вірус з родини рабдовірусів, що містить РНК, належить до роду *Lissavirus*. Вірус сказу представлений двома варіантами – «диким», або «вуличним», і «фіксованим». Останній одер-

жаний Л. Пастером у процесі адаптації вірусу до організму кроля. Найменування «фіксований» запропоновано Л. Пастером, який прагнув отримати максимально ослаблений варіант вірусу шляхом спеціального його висушування для виробництва вакцини. Такий вірус зберігав свої початкові властивості, через що і був названий Л. Пастером «фіксованим» (*virus fixe*). Вірус сказу високо стійкий до температури нижче за нуль градусів і тривало зберігається у висушеному стані матеріалу, з якого він витягується.

Встановити точну кількість випадків сказу у всьому світі неможливо, проте є дані, що від сказу щорічно вмирає близько 30-35 тис. людей. Майже всі захворювання сказом припадають на тропічні країни, передусім ті, що розвиваються, а також Індію і Китай [1]. Збудник сказу патогенний для всіх видів теплокровних без винятку. Проте яка кількість диких і домашніх тварин гине від сказу, невідомо.

Сказ у собак проявляється зміною поведінки хворих тварин, які зазвичай втрачають приязнь до людей, забиваються в темний кут, відмовляються від їжі. Через 1-3 доби настає стан збудження, тварина стає неспокійною, ймовірно у неї з'являються страхітливі галюцинації, через які вона кусає і заковтує неістівні предмети. Голос собаки стає хрипким, голова і хвіст звисають і виникає рясна слинотеча. Кусаючи неістівні предмети, собака закривавляє свій рот, а її слина при цьому заражає всіх теплокровних тварин, оскільки від природи всі теплокровні високо сприйнятливі до сказу. Дуже часто собака далеко втікає з дому. У цей час тварина може раптово загинути або ж після 1-3 діб буйства настає паралітичний період з паралічем задніх ніг. Але можлива і неагресивна поведінка хворого собаки. Водобоязнь у собаки не проявляється, проте ковтання у неї порушене через параліч м'язів, що беруть участь в ковтанні.

Прояв сказу як хвороби визначається його природними властивостями, які істотно відрізняються від властивостей і особливостей всіх інших

захворювань. Після зараження вірус сказу інтенсивно розмножується в місці свого первинного проникнення, а потім активно розповсюджується, але не через кров, а периневрально, фіксуючись у закінченнях чутливих периферичних нервів, що підтверджено експериментально.

Якщо вірус вводили в нервовий стовбур (сідничний нерв), а потім останній перерізували вище від місця введення, то захворювання не наставало.

Розповсюджуючись доцентрово, вірус досягає рухових нейронів, після чого доцентровий рух вірусу змінюється відцентровим. Швидкість периневрального просування вірусу складає близько 3 мм/год. Оскільки розвиток хвороби безпосередньо пов'язаний з периневральним просуванням і розповсюдженням вірусу, то час ураження центральної нервової системи, а, отже, і час розвитку хвороби, зберігає залежність від місця потрапляння збудника.

Так, при проникненні вірусу в голову (і обличчя) його просування в центральну нервову систему, а, отже, і розвиток хвороби відбудеться через 2-3 тижні (14-25 діб) від моменту зараження.

Природно, що при зараженні через нижні кінцівки (босі ноги) просування вірусу і розвиток хвороби відбудеться значно пізніше – від декількох місяців до півтора року після зараження. При зараженні через верхні кінцівки захворювання розвинеться у середні терміни.

Відцентрово по нервових стовбурах вірус досягає слинних залоз, потрапляє в слинні залози й інтенсивно в них розмножується, після чого настає рясна слинотеча і постійне виділення вірусу із слиною хворих. Ясно, що подальша передача і епідемічне розповсюдження сказу здійснюється через слину хворих на сказ. Проте передача збудника можлива тільки при насильному парентеральному введенні контамінованої слини. Отже, зараження сказом і його епідемічне розповсюдження перебувають у прямій залежності від способу проникнення слини заражених і хворих на сказ в організм тих теплокровних, які можуть захворіти на сказ.

Парентеральний спосіб передачі хвороби вимагає насильного подолання шкіри і слизових оболонок можливих реципієнтів сказу.

Інфіковані вірусом сказу, як відомо, можуть стати заразними за 10 діб до появи у них перших ознак хвороби.

Шляхом і способом передачі вірусу сказу виявилися, як вже зрозуміло, укуси тварин, на зубах і

в слині яких знаходиться вірус сказу [2]. Подряпини з облизуванням лап і нанесенням на них інфікованої слини, як це буває при зараженні кішок, може розцінюватися як варіант укусу.

Так сформувався загін хижих серед диких (вовки, лисиці, шакали, кажани) і домашніх (собаки, кішки) тварин, які зараз є основним резервуаром і джерелом сказу в природі. Л.В. Громашевський на підставі спеціального розрахунку встановив, що у 88 % випадків причиною робочної інфекції були укуси собаки, у 8 % – укуси кішки, у 2 % – укуси вовка, в 2 % – укуси інших тварин. У 80 % випадків джерелом сказу виявляються бродячі собаки. Хворі на сказ коні, рогата худоба, свині і, можливо, щури також можуть виявитися джерелом збудника, але їх роль у передачі сказу мало значуща. Останнім часом зросла роль кровосисних кажанів у передачі сказу.

Людина, хвора на сказ, також може передати хворобу через слину, проте хворі неагресивні, швидше пасивні і шукають самоти. Хворих охоплює туга, депресія, виникають порушення поведінки зі схильністю до самоти. Проте у момент нападів загального збудження у хворих на сказ можливі й епізоди агресії, що може потребувати використання гамівної сорочки [3].

Г.А. Івашенцов описує випадок, коли хворий самотійно прийшов в лікарню, помітивши, що йому стало неприємно дивитися на Неву. Через 2-3 год хворий вже не міг пити, а ще через 2-3 год він вже не міг бачити яку б то не було рідину або чути її плескіт, а незабаром при одній згадці про воду його зводили судами [4].

Статистика недавніх років показує, що сказ був поширений значніше. Так, у Росії в 1914 р. зареєстровано 533 випадки, в 1915 р. – 1 837, в 1921 р. – 1 470, в 1922 р. – 1 122, в 1923 р. – 1 132 випадки [3], в Білорусі за останні 50 років описано 26 випадків сказу [4].

У нервовій системі вірус сказу локалізується (фіксується) переважно в нейронах довгастого мозку, амоновому розі, основі мозку. В спинному мозку передусім уражаються задні (чутливі) роги. В нейронах відбуваються деструктивні процеси у вигляді вакуолізації цитоплазми, деструкції ядер, демієлінізації і розпаду осьових циліндрів чутливих нервів. Такого роду зміни спостерігаються у всіх відділах центральної нервової системи, але максимальні зміни стосуються довгастого мозку.

Руйнування нейронів супроводжується набряклістю, запальними процесами і утворенням ацидофільних включень, відомих як тільця Бабе-

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

ша-Негрі, які патогномонічні для сказу. Максимальна кількість тілець Бабеша-Негрі виявляється в амонічному розі – вип'ячуванні на медіальній стінці бічного шлуночка. Для морфологічної діагностики сказу визначальне значення має посмертне виявлення в ділянці амонічного рогу вказаних тілець Бабеша-Негрі.

Темп просування вірусу сказу від місця його проникнення (укусу) до клітин центральної нервової системи визначає термін початку хвороби. Чим коротший «шлях» вірусу від місця його первинної локалізації, тобто місця укусу, до клітин нервової системи, тим швидше відбувається розвиток хвороби. Так, при інтенсивних укусах в голову вірус може досягти центральної нервової системи за 2-3 тижні і захворювання виникне саме в ці терміни.

Слід підкреслити, що у хворих на сказ не виявляється масивних незворотних змін головного мозку, як при вірусному енцефаліті іншої (наприклад, герпетичної) етіології. І не уражається кора головного мозку, у зв'язку з чим у хворих на сказ не буває повної втрати свідомості. Спостерігаються тільки короточасні порушення свідомості у зв'язку з різким підвищенням загальної збудливості і розвитком галюцинозу. Тому, хоча при сказі смерть настає від зупинки дихання, але сама зупинка дихання при сказі виникає не через деструкцію клітинних утворень дихального центру, а через параліч дихальних м'язів глотки і гортані. Клінічні прояви сказу залежать від часу (терміну) захворювання. Найбільш ранніми можуть виявитися місцеві прояви хвороби у вигляді парестезії або несильного болю у місці укусу. Їх характеризує велика мінливість і непостійність.

Більш постійною з ранніх проявів сказу є зміна поведінки хворих зі схильністю до смутку, меланхолії. Але можливі й зміни протилежного характеру. Люди-екстраверти можуть стати замкнутими, тоді як жорсткі люди несподівано ставали привітнішими. У цей час можлива зміна температури тіла, поява болю голови, зникнення апетиту, безсоння, тривожність на фоні легкого сенсорного і психічного збудження. Період наростання симптомів відрізняється нестабільністю, продовжується від декількох годин до 2-3 діб, після чого різко або сповільнено настає наступна стадія – стадія розпалу хвороби.

Інкубаційний період, як було згадано, може варіювати. В цілому більш коротка інкубація спостерігається у дітей, через те що нервові волокна у них коротші, а кількість прониклого вірусу може бути пропорційно більшою.

Стадія розпалу хвороби при сказі виявляється розвитком усіх найхарактерніших ознак захворювання, особливо ознак гідро-, аерофобії, а також надзбудливості і нападів буйства. Хворий починає переживати найсильнішу огиду і страх, якщо до його губ наближається склянка з водою. Якщо хворий тримав склянку, він її відкидає і трохи заспокоюється. Близьк поверхні води, що коливається, викликає у хворого болючий гідрофобний спазм м'язів гортані і глотки, з відчуттям ядухи, зупинкою серця і настанням негайної смерті. Хворий різко відхиляє голову, робить дуже глибокий переривистий голосний вдих. На обличчі вираз крайнього страху. Хворі на сказ не переносять відкритих дзеркал, тому що близьк дзеркала у них асоціюється з близьком води.

Нова спроба дати хворому пити спричиняє у нього гідрофобний спазм ще більшої сили. Хворим опановує крайній неспокій. Він набуває загрозливого вигляду, весь тремтить, хоча все усвідомлює. Будь-яке наближення води або іншої рідини може викликати у хворого напад паніки, тотального збудження і прагнення вступити в боротьбу не на життя, а на смерть. У такому стані хворі можуть виявитися настільки небезпечними, що буде потрібна гамівна сорочка [3]. Окремі хворі намагаються примусити себе проковтнути рідину, щоб таким шляхом відкинути підозру про можливість у них сказу. Хворий старанно розраховує на якій відстані знаходиться від його рота склянка з водою, а потім з максимальною швидкістю робить ковток води, яку він проковтує з дуже великим утрудненням, після чого з неприємними відчуттями і страхом відкидає склянку від рота. Найближчим часом не тільки вигляд, але і шум води, що витікає з крана, і навіть слово «вода» або дії, що нагадують про воду, можуть викликати у хворого гідрофобний напад.

Хворий на сказ перебуває в стані особливого патологічного хвилювання, боязні і страху перед такою, здавалося б, простою дією, як ковток води.

Проковтування їжі у хворого на сказ зумовлює стан, схожий з тим, який спостерігається при проковтуванні рідини, через що хворі утримуються від їди і можуть достатньо скоро виявитися в стані виснаження.

Аерофобія не менш характерна ознака сказу, що проявляється болючим горлово-глотковим спазмом. Хворий не в змозі витерпіти рух повітря перед його обличчям. Він не виносить, щоб перед ним провітрили ковдру, простирadlo, або просто обвіювали його обличчя. Навіть рух повітря від

різкого відчинення дверей або вікна, чи спроба хворого перейти в іншу кімнату можуть спричинити у нього аерофобний криз. У такого роду ситуаціях у хворого виникає той же патологічний страх і той же патологічний неспокій, що і при гідрофобному спазмі. аерофобія і гідрофобія незмінно визначаються разом, оскільки є проявом однієї хвороби.

Для описуваного періоду хвороби характерною є наявність постійного фону патологічно підвищеної збудливості і стан постійної тривоги. У пацієнта всі відчуття загострені до межі, слух стає дуже тонким, зір дуже гострим.

Хворий зауважує будь-який рух, він постійно зайнятий болісними думками, уловлює не тільки дію, але і наміри службового персоналу. Говорить він багато, іноді без перестанку. У нього чітка нестійкість положення тіла і положення голови. Його психіка мінлива, проте переважно відрізняється ясністю.

Спонтанно, або у зв'язку з виникненням аерофобного чи гідрофобного кризу основний фон збудливості може різко зростати і у хворого може наступити *пароксизмальний напад буйства*, напад власне сказу, що дав найменування самому захворюванню.

Хворий на короткий період повністю втрачає контроль над своїми діями, впадає в стан буйного божевілля і не усвідомлює того, що робить. Він голосно кричить, не виконує ні прохань, ані наказів, підкорюється переслідуючим його галюцинаціям, розбиває шибки, ударяє того, хто намагається його утримати. Щоб не викликати паніку серед оточуючих, буде потрібна іммобілізація. Виниклі в цей час через крайній неспокій аерофобні горлово-глоткові спазми досягають граничної виразності. Стан буйства посилюється максимально. Горлово-глоткові спазми охоплюють всю грудну мускулатуру, супроводжуючись задишкою і генералізованими тоніко-клонічними судомами. У стані маніакального збудження хворі на сказ надзвичайно небезпечні.

Як виняток описані епізоди зараження людини від хворого на сказ. Так, описаний випадок укусу хворим дружини з її подальшим зараженням сказом [5].

Напад буйства поступово або раптово слабшає і змінюється станом відносного заспокоєння. Хворий знову розумно відповідає на питання, орієнтується в тому, що відбувається. Проте основний фон патологічно підвищеної збудливості зберігається, через що може настати новий ще більш інтенсивний пароксизмальний напад буйства [5].

У цьому періоді хвороби у більшості пацієнтів спостерігається інтенсивна сіалорея, хворі прагнуть спльовувати слину, оскільки не в змозі її проковтнути, витирають слину одягом або рушниками. Неприборкана сіалорея може провокувати блювоту, іноді блювотиння стає кров'янистим. Хворий, знесилений від усіх фізичних і психічних зусиль, ледве утримує очі розплющеними, проте здригається при зовнішніх подразненнях. У цей час може настати смерть або хворий впадає в торпідний стан, який є останньою паралітичною стадією хвороби.

Загальна збудливість знижується, розвиваються *паралічі* очей, язика, геміплегія й інші рухові розлади. Перші паралічі частіше виявляються в укушеній кінцівці, можливі також параплегії, параліч сечового міхура, а далі паралічі і плегії переміщаються вгору, захоплюючи все тіло на кшталт паралічу Ландрі. Паралічі мляві, оскільки розвиваються унаслідок переродження периферичних рухових нейронів.

Слід підкреслити, що навіть у цій стадії хвороби, незважаючи на те, що хворий може перебувати в коматозно-несвідомому стані, спрямований йому в обличчя струмінь повітря може викликати розвиток аерофобного спазму. Хворий робить глибокий вдих, стає неспокійним, а іноді у нього відмічається легкий напад буйства, після чого він знову впадає у стан ще глибшого ступора. Паралітичний період іноді триває всього декілька годин або ж повністю відсутній.

Смерть хворих на сказ відрізняється раптовістю. Н.К. Розенберг [6] описує смерть хлопчика 11 років, який з цікавістю розпитував його як лікаря про те, чи швидко настане одужання. При спробі задати наступне запитання, вимовивши перше слово, хлопчик раптово помер без стогону й агонії. Така моментальна смерть, хоча й характерна для хворих на сказ, проте не знаходить достовірного пояснення, оскільки патогенетичні зміни при сказі не мають не сумісних з життям патологічних розладів.

Хоча гідро- й аерофобія є найяскравішими і найвражаючими проявами сказу, вони не знаходять раціонального патогенетичного пояснення з позицій патологічних змін, що відбуваються в центральній нервовій системі хворих, оскільки є переважно психосоматичними розладами. Якщо хворий на сказ у змозі зробити ковток води, коли він хоче переконати себе і оточуючих в тому, що у нього немає сказу, отже, клінічна симптоматика сказу є наслідком не стільки ураження його нервової

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

системи, скільки розладу його психіки. Сказ вірогідно є єдиною психопатогенною інфекцією. Будуть потрібні спеціальні психіатричні дослідження, щоб уточнити ступінь залежності психогенних порушень у хворих на сказ від патологічних процесів, що відбуваються в їх центральній нервовій системі.

Можливості діагностики сказу

Симптоматика сказу настільки своєрідна, що є патогномонічною, тому сказ міг би легко розпізнаватися на клінічній основі. Тим більше, що лабораторне підтвердження сказу до останнього часу було можливе тільки при дослідженні ділянки мозку, який отримували посмертно при спеціальній пункції через очну ямку. Проте нині клінічна діагностика сказу, як і всіх інших інфекційних захворювань, виключається, тому що діє абсолютне правило:

1) жоден діагноз інфекційного захворювання не може вважатися достовірним, якщо він не доведений на підставі обов'язкового серологічного дослідження, яке повинно представити наявність специфічних змін в імунній структурі відповідного організму [7].

2) запропонований новий сучасний метод життєвої діагностики сказу співробітниками Пастерівського інституту в Парижі [8].

Основа методу – дослідження шкірних біопатів за допомогою полімеразної ланцюгової реакції на виявлення L-полімерази вірусу.

У крові хворих на сказ виявляється нейтрофільний лейкоцитоз, анеозинофілія. В сечі може виявитися білок, цукор, ацетон. У лікворі в 50 % випадків підвищена кількість білка, число формених елементів крові близько 10-100 в кубічному міліметрі [5].

Хоча сказ як захворювання не сумісний з життям, є повідомлення про одужання (вилікування) людей від сказу. Лікування здійснювалося за складною методикою, запропонованою в США як «протокол Мілуокі», відповідно до якого хворі з ознаками сказу вводилися в штучну кому, а потім їм призначалися препарати, стимулюючи імунну активність. Передбачалося, що, оскільки вірус сказу не призводить до незворотних уражень центральної нервової системи у хворих, а спричинює лише тимчасові розлади функцій органа, то якщо тимчасово відключити велику частину мозку, то організм поступово зможе виробити достатню кількість антитіл, щоб перемогти вірус.

Принаймні 8 осіб вилікувалися у такий спосіб від сказу. Отже, вираз «сказ є смерть» вже не здається абсолютною істиною, хоча специфічних

засобів лікування сказу немає і навряд чи вони будуть запропоновані. Починаючи з 2005 р., відповідно до протоколу Мілуокі одержали лікування 17 хворих на сказ. Одужавшими можуть вважатися 8 осіб, з яких у 5 не було лабораторного підтвердження [8].

Оскільки одужання від сказу навіть при лікуванні за протоколом Мілуокі не може вважатися достатньо достовірним, а віддалені наслідки у випадках лікування (одужання) від сказу ще не уточнені, є і такі рекомендації: помістити хворого в темну і безшумну кімнату і час від часу давати наркотики. Через декілька днів хворий помре.

ВИПАДКИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА СКАЗ

Випадок № 1

Напад вовка. Скальповані рани на голові та рани на руках, тому що потерпілий закривався руками. Вовк, так само несподівано як напав, так несподівано і залишив потерпілого. Після хірургічної обробки і накладення швів рани стали гоїтися, але через 30 днів настав смертельний вислід від сказу.

Випадок №2

Напад кішки. Хворий прогулював собачку, на яку несподівано напала кішка і вчепилася в неї. Хворий схопив кішку «за комір» і відірвав від собаки, але кішка схопила його за руку зубами і кігтями. Він із силою струсив кішку на асфальт. Удар виявився для тварини смертельним, але у потерпілого залишилися укуси і подряпини на руці. Хоча собаки й кішки настільки між собою ворожі, що це явище увійшло до приказки, кішка перша ніколи не нападає на собаку. Кішка може загрожувати собаці, але завжди тікає, коли собака наближається. Хворий не надав значення незвичайній поведінці кішки і нікуди не звернувся. За медичною допомогою він звернувся тільки при появі ознак захворювання на сказ.

Хворий офіцер, тому він опинився у військовому госпіталі. Лікарі, які його спостерігали, ніколи не бачили хворих на сказ, тому вони запросили мене, щоб уточнити, чи дійсно до них потрапив хворий на сказ. Випадок щодо сказу сумнівів не викликав. Хворий був пригнічений, скаржився на біль голови і страх перед рідиною в склянці й навіть перед слабким подихом в обличчя, оскільки після цього у нього з'являлися болючі судоми в горлі – тобто це були ознаки гідро- та аерофобії.

Летальний вислід настав через три доби.

Випадок № 3

Укус собаки в руку, якому постраждала не надала значення.

Група молодих жінок проходили невелику відстань пішки, тому що їм швидше цю відстань пройти, ніж чекати автобус.

Але одна з жінок під час ходьби несподівано стала повертатися спиною до напрямку руху, заявляючи, що коли їй віє в обличчя, то у неї виникають болючі судоми в горлі.

І ще у неї став боліти рубчик на долоні на місці не сильного укусу собаки біля півроку тому, якому хвора у той час не надала значення.

По суті, у жінки вже виникла аерофобія, через що вона не могла рухатися як усі, тобто лицем до напрямку руху; симптоматика сказу дуже характерна, у неї навіть з'явилася незначна болючість у місці укусу собаки на долоні.

Через три доби настав летальний вислід.

Випадок № 4

Укус лисеням у живіт. Хлопчики зловили в житі лисеня на околиці м. Мінська. Один з них посадив лисеня за пазуху. Їм було забавно як він там борсається. Раптом лисеня вкусило хлопчика за живіт, у відповідь на що хлопчик висмикнув сорочку зі штанів. Лисеня вискочило і втекло.

Діти ні до кого з цієї нагоди не звернулися. Вони не могли знати, що здорове лисеня зловити руками неможливо. Лисиці дуже обережні тварини. Хлопчик опинився в лікарні вже із симптомами сказу і помер через тиждень.

Випадок № 5

Захворювання сказом з неуточненим зараженням. Жінка середніх років раптом почала поводитися неадекватно: стала збудженою, почала «залитися» слиною, закидатися на спину, постійно говорила про те, що її заливає слина і що від цього нікуди діватися. Жодних інших слів хвора вимовити не могла. Слина виділялася в такій великій кількості, що всі рушники були наскрізь мокрими, слиною були намочені подушка і постільна білизна. По-суті це була симптоматика сказу, який перебігав атипово. Смерть настала через дві доби.

Випадок № 6

Сказ великого собаки. Гончий собака, якого не тримали на повідку, раптом прийшов додому, за словами його господаря, «з винуватим виглядом». Голова і хвіст опущені, рясна слинотеча з морди й ані найменшої агресивності.

Господар узяв собаку на повідок і відвів у ветеринарну лікарню, на відстані близько двох кілометрів. Там собаку помістили в спеціальну клітку, у якій він здох через дві доби. Мозок собаки досліджений. Випадок сказу підтверджений. Господарем собаки був мій родич.

Представлено 5 випадків сказу у людини в м. Мінську приблизно за 50 років.

Хоча 5 випадків за такий термін у великому місті – це небагато, але, відповідно до умов зараження, сказ виявляється тільки спорадично. Оскільки сказ у Білорусі є інфекцією, що трапляється нечасто, то клінічні і патогенетичні особливості кожного випадку мають пізнавальний і науковий інтерес.

Клінічні особливості

На представлених випадках неважко бачити індивідуальну своєрідність кожного хворого в межах загальновідомих клінічних проявів з аеро- і гідрофобією, тому вивчення цих особливостей неодмінно збагатить практику.

Патогенетичні особливості

Оскільки людина, яка заразилася сказом, щоб не захворіти, повинна вакцинуватися, необхідно чітко відрізнити – хто з укушених підлягає вакцинації, а кому вона не потрібна, оскільки загроза зараження не обов'язково призводить до зараження. Вакцинація проти сказу не є простим і нешкідливим заходом, тому що доводиться вводити парентерально шість вакцинних доз «фіксованого» вірусу. Сьогодні такого роду розмежування достатньо доступні. Але доцільно, щоб ці відомості були по можливості ширше розповсюджені серед лікарів.

Необхідно також підкреслити, що в даний час вже відкрито нове прижиттєве лабораторне розпізнавання сказу шляхом біопсії ділянки шкіри у потерпілого.

Література

1. Баран В.М. Клинические проявления бешенства у людей / В.М. Баран // Постэкспозиционная профилактика бешенства в Республике Беларусь. – Минск: Хата, 1998. – С. 212-216.
2. Замфиреску И. Бешенство / И. Замфиреску // Инфекционные болезни. – Бухарест: Изд-во Мередиане, 1964. – С. 714-741.
3. Войкулеску М. Инфекционные болезни, Критерии и Номенклатуры / М. Войкулеску. – Бухарест: Изд-во Мередиане, 1963. – Т. 1. – С. 46-47.
4. Ивашенцов Г.А. Курс острых инфекционных болезней / Г.А. Ивашенцов. – М.: Медгиз, 1948. – С. 241-245.
5. Шевелёв А.С. Последний подвиг Луи Пастера / А.С. Шевелёв, Р.Ф. Николаева. – М.: Медицина, 1988. – 110 с.
6. Розенберг Н.К. Инфекционные болезни / Н.К. Розенберг. – Л.: Медгиз, 1941. – С. 638-646.
7. Warrelle D.A. Human rabies: a continuing challenge in the tropical world / D.A. Warrelle, M.J. Warrelle // Schweiz. Med. Wochenschr. – 1995. – V. 6, N 18. – P. 879-885.
8. A Reliable Diagnosis of Human Rabies Based on Analysis of Skin Biopsy Specimens / Dacheux L. et al. // Clin. Infect. Dis. – 2008. – Vol. 47, N 11. – P. 1410-1417.

ОГЛЯДИ ТА ЛЕКЦІЇ

CLINICAL MASKS OF HYDROPHOBIA

Zh.O. Rebenok

SUMMARY. Modern information is resulted about etiology, pathogenesis, clinical symptomatics and diagnostics of hydrophobia. The cases of disease of people and animals are described, and also the

method of such patients treatment, which, true, allowed to rescue life only by a single patients.

Key words: *hydrophobia, cases of illness, diagnostics, treatment.*

Отримано 30.01.2012 р.

© Колектив авторів, 2012
УДК 616.915-002.954.2

**В.С. Копча, І.С. Іщук, Є.Ю. Голик, Л.С. Надал, О.А. Герасименко, П.В. Комар,
Н.О. Сапищук**

КОРОВИЙ ЕНЦЕФАЛІТ: ДИСКУСІЇ ТА РОЗДУМИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги

Проаналізовано теперішню захворюваність на кір в Україні. Описано випадок тяжкого корового енцефаліту. Дано практичні рекомендації, зокрема зміщення акценту з етіотропної на патогенетичну протинабрякову терапію.

Ключові слова: *коровий енцефаліт, захворюваність, лікування.*

Підйом захворюваності на кір в Україні, як і в світі, спостерігається кожні п'ять-шість років. За останніми даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, з січня 2011 р. у 29 країнах Європейського Регіону зареєстровано понад 30 тисяч випадків кору. У масштабах Європейського Регіону реєструються випадки у всіх групах населення: від немовлят до дорослих.

За даними ретроспективного аналізу, підйоми (спалахи) захворюваності на кір в Україні відбулися в 2001 р. (16 970 випадків) та у 2006 р. (42 724 випадків), тому епідемічний підйом захворюваності, як і було прогнозовано, стався у 2011-2012 рр. [1].

За оперативними та статистичними даними Держсанепідемслужби України, з початку поточного року станом на 19 квітня 2012 р. на адміністративних територіях країни (переважно у західно-українських областях) зареєстровано 7 997 ви-

падків захворювання на кір. Показник захворюваності становив близько 9,5 на 100 тис. населення, що оцінюється як середній [2]. Однак, результати орієнтовного прогнозування захворюваності кором в Україні у 2012 р. вказують на можливий суттєвий ріст цього показника у найбільш ймовірних межах від 17,89 до 38,47 на 100 тис. населення [3].

Велика кількість захворілих, передусім серед старших вікових груп, пояснюється значним зниженням імунітету через 10-15 років (за деякими даними – вже через 2-4 роки) після імунізації. Тож у нинішній епідемії кору в Україні уможливорюються випадки серйозних, хоча й нечастих ускладнень цієї хвороби.

Відомо, що ураження нервової системи при кору (специфічний коровий енцефаліт і вторинний бактерійний менінгіт), за статистикою, розвиваються досить рідко (1:1 000), однак спеціальні методи дослідження дозволяють дійти висновку, що корове запалення мозку трапляється набагато частіше, ніж діагностується, тим більше, що спинномозкова рідина часто залишається нормальною. Ознаки енцефаліту частіше з'являються через тиждень після появи висипу, хоча можуть розвинути й пізніше (через 2-3 тиж.). Знову підвищується температура тіла, помітні прояви загальної інтоксикації, сонливість, загальмованість,